Concours d'Agrégation de Chirurgie et d'Accouchements
1901

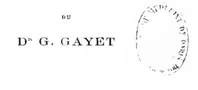
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr G. GAYET



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4
—
1901

I. — TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1889)

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours 1893)

II. — TITRES UNIVERSITAIRES

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AIDE D'ANATOMIE ET DE PROSECTEUR
(1894-1896)

AIDE D'ANATOMIE
(Concours 1896)

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(Concours 1897)

CHEF-ADJOINT DU LABORATOIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(1900-1901)

III. — RÉCOMPENSES

LAURÉAT DE LA FACULTÉ
(Prix des thèses, médaille de bronze 1897)

LAURÉAT DE L'UNIVERSITÉ
(Prix Falcouz. — 1900)

IV. — ENSEIGNEMENT

MÉDECINE OPÉRATOIRE ET ANATOMIE de 1894 à 1897

CONFÉRENCES D'ANATOMIE (semestre d'hiver)

CONFÉRENCES DE PETITE CHIRURGIE (semestre d'été)

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'HÔTEL-DIEU (1897-1899)

TABLE ANALYTIQUE

Pathologie générale.

Abcès gazeux expérimental . . . . p. 9
Contribution à l'étude des abcès gazeux 9
Un cas de staphylococcie avec épanchement pleural séro-fibrineux et localisations superficielles n'évoluant pas vers la suppuration 11
Sclérodermie en plaques 11

Os et articulations.

Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles. . . . 12
Traitement des retards de consolidation des fractures par la thyroïdine 13
Contribution à l'étude des ostéomalacies 14
Altérations osseuses d'origine nerveuse 18

Tête et organes des sens.

Anévrisme artério-veineux de l'orbite 20
Iritis guérie par un érysipèle 20
Tumeur cérébrale. — Signes de compression, trépanation rachidienne palliative 20
Cornes de la face, deux cas 21
Quelques cas d'exophtalmie pulsatile 21

Une variété pathogénique des paralysies du moteur oculaire commun, consécutives aux traumatismes craniens. Compression par épanchement sanguin 22
Plaies pénétrantes du crâne par balles de revolver, deux cas . . 23

Cou et corps thyroïde.

Un cas de cancer du larynx. 25
Un nouveau procédé de traitement chirurgical du goitre exophtalmique. 25
Une observation de goitre exophtalmique traité par la section du sympathique 27

Colonne vertébrale.

La gibbosité du mal de Pott 28
I. Anatomie pathologique 28
II. Physiologie pathologique 29
III. Processus de guérison 30
IV. Traitement 31

Chirurgie abdominale.

Appendicite à répétition traitée par la résection 33
Dystocie par fibrome. Opération de Porro, extirpation de la tumeur 33
Obstruction intestinale par coudure coïncidant avec un étranglement herniaire 34
Une variété non décrite d'appendicite à forme néoplasique . . 34
Actinomycose iléo-cæcale 35
Appendicite torpide traitée par la résection. 35
Exclusion de l'intestin pour anus contre nature d'origine tuberculeuse 36
Cancer de la vésicule biliaire 36

Organes génito-urinaires.

Des migrations dans la vessie et dans l'urètre, des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne. 37

Le traitement de l'hydronephrose par le retournement de la poche à l'extérieur 38
Résultat éloigné du traitement de l'hydronéphrose par le retournement à l'extérieur 40
Essai sur l'anurie de sécrétion post-traumatique 40
Urétrostomie périnéale pour cancer de l'urètre 41

Membres.

Un nouveau cas de désarticulation interilio-abdominale. . . . 43
Broiement de l'avant-bras. Conservation du membre. 44
Un succès de la chirurgie conservatrice. 44
La main-bote héréditaire. 45
Un cas de psoïte suppurée traitée par la trépanation du bassin 46

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Abcès gazeux expérimental.

Société des Sciences Médicales, janvier 1897. — *Lyon Médical*, 1897, p. 345.

Contribution à l'étude des abcès gazeux.

Gazette des Hôpitaux, 29 juin et 3 juillet 1897.

Ayant observé dans le service de M. le professeur Poncet un abcès de la région sous-claviculaire qui contenait des gaz mélangés au pus, nous avons entrepris des recherches bibliographiques et bactériologiques, espérant nous renseigner sur les causes de la présence de ces gaz.

Nous avons trouvé dans la littérature un certain nombre de cas analogues; mais les auteurs étaient arrivés à des résultats expérimentaux très différents.

Nos propres recherches nous ont montré :

1° L'existence de streptocoques dans le pus ;

2° La stérilité absolue des cultures faites avec le pus de la malade ;

3° La production d'abcès sans gaz chez les animaux (cobaye et lapin) que nous avons injectés avec ce pus.

Poursuivant cette étude en étudiant le pus des abcès de nos animaux, nous avons obtenu :

1° Des cultures assez pauvres contenant des streptocoques

associés à des éléments bacillaires longs et grêles, parfois à des diplobacilles et à des diplocoques très voisins les uns des autres ;

2° Un abcès contenant des gaz chez un lapin auquel nous avions injecté quelques gouttes de pus pris aseptiquement dans l'abcès de nos premiers animaux ;

3° Un abcès gazeux chez un cobaye injecté avec quelques gouttes de culture provenant de ce pus.

Nous avions dès lors la preuve que la production des gaz était bien due à une propriété spéciale des microorganismes contenus dans ce pus et dans ces cultures. Nous ferons remarquer que les expérimentateurs ont rarement pu reproduire ainsi des gaz par inoculation aux animaux. MM. Arloing et Fraenkel y étaient cependant arrivés.

Nous avons essayé de reproduire ces abcès gazeux sur d'autres animaux ; il nous a été impossible d'obtenir de nouveaux résultats positifs.

Nous n'avons pas pu arriver non plus à isoler par des cultures à l'abri de l'air les différents éléments microbiens contenus dans nos cultures. Nous ne pouvons donc affirmer quel était exactement l'agent responsable de la production des gaz. Deux hypothèses sont soutenables : l'association du streptocoque avec un agent bacillaire spécial gazogène — ou le polymorphisme du streptocoque, affirmé par les recherches de M. le professeur Arloing ; sous une forme spéciale, ce streptocoque deviendrait apte à produire des gaz.

Tout récemment MM. Widal et Courtois-Suffit ont communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* des cas de pneumothorax essentiels dans lesquels leurs recherches bactériologiques les ont amenés à des conclusions tout à fait pareilles aux nôtres.

Depuis, ces observations se sont multipliées et on tend à faire jouer aux anaérobies un grand rôle dans la production des gaz de ces collections.

Un cas de staphylococcie avec épanchement pleural séro-fibrineux et localisations superficielles n'évoluant pas vers la suppuration. (En collaboration avec Varay, interne des hôpitaux.)

Province médicale, 24 février 1900.

Notre malade paraît avoir eu une infection générale dont l'élément essentiel et causal était le staphylocoque. La porte d'entrée était un furoncle de l'avant-bras. L'affection s'est manifestée par une pleurésie droite et trois abcès dont l'un a suppuré après avoir été ouvert, l'autre s'est résorbé quoique ouvert légèrement, le troisième enfin a disparu sans laisser de traces et sans évoluer vers la suppuration.

L'examen du sang recueilli au doigt, celui de la sérosité pleurétique et celui d'un liquide rouge noirâtre retiré par ponction de l'abcès de la cuisse ont montré le staphylocoque à l'état de pureté.

Ce cas est à rapprocher de ceux qui ont été signalés par Netter, Fernet, les thèses de Garnier et de Raoult-Delongchamps. L'évolution, l'allure clinique si particulière, s'est montrée identique au type signalé par les auteurs. Mais ces faits sont encore rares, surtout pour ce qui est de la pleurésie non suppurée du staphylocoque.

Sclérodermie en plaques.

Soc. des Sciences médicales, juin 1899, *Lyon médical*, t. LCII, p. 21.

OS ET ARTICULATIONS

Arthropathies et hématomes diffus chez les hémophiles.

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, mai 1895.

Un cas intéressant d'arthropathie hémophilique du genou, observé dans le service de notre maître M. Rochet a été le point de départ de ce travail. Il s'agissait d'un enfant de neuf ans, entré à l'hôpital pour une affection articulaire que plusieurs médecins avaient diagnostiquée : tumeur blanche. En réalité c'était un épanchement sanguin à la fois intra et extra-articulaire. Par le repos dans une gouttière pendant un mois, puis incision de l'hématome sous-cutané on obtint la guérison complète.

M. Rochet mit à notre disposition deux observations très analogues d'hématomes diffus chez des hémophiles, ce qui nous permit d'étudier la symptomatologie et les moyens d'arriver au diagnostic.

Les arthropathies se manifestent par des douleurs, de la gêne fonctionnelle marquée, bientôt accrue par le gonflement et la flexion du membre. L'aspect rappelle tout à fait celui d'une arthrite subaiguë avec le gonflement des culs-de-sac de la synoviale et, pour le genou bientôt une articulation branlante avec contractures, déformations, *genu valgum*, rotation de la jambe en dehors, etc.

Quant aux hématomes ils tiennent à la fois du phlegmon pour la rapidité de leur apparition, la tension des téguments qui

deviennent lisses, brillants, avec exagération du réseau veineux sous-cutané, et de l'hématome vrai, traumatique, par l'apparition consécutive d'une ecchymose diffuse absolument caractéristique. Il y a en même temps des douleurs extrêmement vives.

Nous avons insisté sur l'importance du diagnostic. De nombreuses erreurs, surtout par confusion avec des tumeurs blanches, ont été commises et plusieurs opérations faites à tort se sont terminées par la mort à la suite d'hémorragie.

Enfin nous avons fait remarquer que la tendance à l'hémorragie procède par poussées, comme de véritables décharges, et que, pourvu qu'on attende quelque temps après la formation de l'hématome, on peut l'inciser avec une sécurité suffisante, sans avoir de perte de sang dangereuse.

La médication thyroïdienne dans les retards de consolidation des fractures.

Thèse de Ser, Lyon 1899.

Nous avons étudié l'action de cette médication en utilisant l'expérimentation et la clinique. L'expérimentation nous a prouvé que chez les lapins sains (non thyroïdectomisés), les injections de suc thyroïdien n'accéléraient pas la formation du cal.

Par exemple, un lapin auquel nous avions fracturé les deux os de la jambe sous anesthésie le 20 janvier, et auquel nous avions fait tous les deux jours une injection d'extrait glycériné de corps thyroïde n'a présenté un cal nettement solide que le 23 février, c'est-à-dire au 33[e] jour. Un autre lapin que nous avions fracturé dans les mêmes conditions et auquel nous n'avions pas fait d'injection a présenté un cal solide le 37[e] jour. Deux lapins fracturés le même jour le 29 mai et dont l'un recevait des injections ont eu leur cal solide à peu près en même temps. Les résultats ont toujours été semblables à ceux que nous venons de rapporter,

Au point de vue clinique, nos observations se décomposent ainsi :

Deux observations où la médication thyroïdienne a peut-être eu une action.

Trois observations où elle n'a pas semblé avoir d'action; une observation où elle n'a manifestement pas eu d'action.

Il serait donc prématuré de conclure. Mais ce traitement qui ne nous a jamais donné aucun accident mérite d'être essayé dans les retards de consolidation, puisqu'il a paru hâter la guérison dans quelques cas.

Contribution à l'étude des Ostéomalacies
(en collaboration avec Bonnet).

Revue de Chirurgie, nos de janvier et février 1901.

Ce mémoire, ainsi que le suivant, fait partie d'une étude entreprise sur le conseil de notre maître le professeur Ollier, au sujet des altérations osseuses amenant des déformations et des incurvations de l'os complètement développé. Notre travail a été récompensé par le prix Falcouz (1900).

Après avoir examiné les cas publiés d'ostéomalacie généralisée ou localisée, ainsi que plusieurs cas recueillis par nous-mêmes, nous avons été frappés de ce fait qu'anatomiquement les lésions de cet ordre ont des types divers (atrophie passive, processus régressifs, inflammatoires, etc.), mais nullement en rapport avec l'allure clinique, c'est-à-dire que sur des os de grands ostéomalaciques, femmes aux multiples grossesses, aux lésions généralisées, d'une part, et sur des os atteints de déformations locales, post-traumatiques, tuberculeuses, etc., d'autre part, on peut retrouver toute la gamme des altérations commençant à la raréfaction et à la fibrillation du tissu osseux pour aboutir à la décalcification et à la disparition des lamelles.

Nous le démontrons dans notre mémoire, en rapprochant ces

diverses variétés d'ostéomalacies et en en rapportant des observations qui nous ont paru typiques.

Nous pouvons donc définir l'ostéomalacie : un trouble de nutrition des os consistant dans l'insuffisance de sa teneur en sels de chaux, et amenant le ramollissement du squelette, ce trouble pouvant rester local ou se généraliser.



Fig. 1. — Incurvation du fémur à la suite d'ostéomyélite.

L'ostéomalacie locale s'observe à la suite de traumatismes, d'infections, d'affections nerveuses. Nous donnons des exemples des deux premières variétés, réservant l'étude de la troisième pour un mémoire spécial :

Anatomiquement, l'ostéomalacie est une maladie de l'os dans son ensemble : substance osseuse, cellules osseuses, moelle, tout est altéré ; mais rien ne permet de dire quelle est celle de ces parties de l'os qui est la première atteinte. Aucune de ces altérations n'est même spécifique, particulière à l'ostéomalacie dont elle pourrait être un critérium. L'état fœtal ou graisseux de la moelle, la raréfaction osseuse, l'atrophie des ostéoplastes se voient dans bien d'autres circonstances. Ce n'est que la réunion de ces différents processus, leur topographie spéciale qui peut faire faire le diagnostic histologique.

Un des signes les plus remarquables est la transformation de la substance fondamentale en un tissu formé de fibres fines se substituant progressivement et insensiblement au tissu osseux normal et se continuant d'autre part avec le réseau médullaire. Encore cet aspect se retrouve-t-il en dehors de l'ostéomalacie

vraie, par exemple dans les zones osseuses au contact d'un néoplasme.

Au point de vue de sa nature, la lésion consiste en une régression du tissu osseux, une déviation de ses phénomènes nutritifs

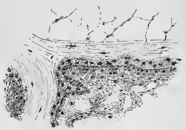


Fig. 2. — Travées osseuses épaissies dont la partie marginale, acalcaire, contient des ostéoplastes nombreux et volumineux.

qui nous paraît assez comparable à ce qu'on est convenu de nommer : *troubles trophiques.*

Quant à la cause de ce trouble trophique, c'est là une des parties

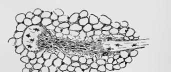


Fig. 3 — Trabécule dans laquelle l'os a, sur une certaine étendue, été remplacé par un tissu fibrillaire.

les plus obscures de l'histoire de cette maladie. Si l'on considère seulement les ostéomalacies locales, on note que dans la variété traumatique, les lésions nerveuses sont évidentes dans plusieurs observations ; que ces mêmes lésions ont été retrouvées par plu-

sieurs auteurs dans la variété inflammatoire; qu'elles sont l'essence même de la variété nerveuse. Le raisonnement du simple au composé nous paraît légitime en l'espèce, et va ajouter un sérieux argument aux partisans de la théorie nerveuse dans la pathogénie de l'ostéomalacie généralisée ou essentielle.

Nous admettons que le maintien de la chaux dans le tissu osseux est un état d'équilibre avant tout dirigé par le système



Fig. 4. — Ostéomalacie sénile, transformation fibreuse de la substance fondamentale.

nerveux; que cet équilibre ne peut être sérieusement menacé que lorsque les conditions défectueuses de l'apport ou les trop grandes exigences du départ l'auront rendu à ce point instable qu'une atteinte quelconque au système nerveux directeur suffira à faire perdre à celui-ci sa puissance régulatrice. Donc, causes prédisposantes : âge, sexe, climat, grossesse, hygiène alimentaire. Causes déterminantes: réflexes partis des ovaires, du poumon, etc.

Nos expériences entreprises sur l'action du suc ovarien nous ont fait constater que la sécrétion interne ovarienne a pour effet d'activer l'élimination des phosphates; ce qui nous permet d'expliquer les résultats satisfaisants qu'a donnés la castration dans le traitement de l'ostéomalacie.

Les altérations osseuses d'origine nerveuse
(en collaboration avec Bonnet).

Archives générales de Médecine, avril 1901.

Complément du mémoire précédent, ce travail est destiné à l'étude critique des nombreux travaux publiés sur la question et à en tirer les déductions qui ressortent de leur ensemble. Cette synthèse nous a paru utile pour comprendre le mécanisme de la pathogénie nerveuse de l'ostéomalacie.

Nous avons donc groupé les données expérimentales et cliniques que l'on possède sur les altérations osseuses qui résultent des maladies des diverses parties du système nerveux : nerfs périphériques, racines, moelle, cerveau, grand sympathique. En les dégageant, après discussion, des innombrables théories mises en avant pour chacun de ces cas, nous avons essayé de donner une formule du système nerveux dans ses rapports avec les os.

La *voie centripète* paraît être contenue dans les nerfs de la vie de relation ; les nerfs sensitifs de l'os donnent aux centres des renseignements sur les besoins de ce tissu ; la simple suppression de ces nerfs place l'os dans un état tel qu'il peut mal proportionner sa nutrition aux circonstances. Aussi le résultat variera-t-il essentiellement avec ces circonstances secondaires (pression-température, mouvements, etc). Selon que celles-ci se rapprocheront des circonstances normales ou s'en écarteront, l'os restera peu altéré, ou s'atrophiera ou s'hypertrophiera. On s'explique ainsi la variété si déconcertante des résultats expérimentaux (sections nerveuses.)

Si, au lieu d'une simple section, on provoque l'irritation du bout central, on agit sur le centre en l'excitant ; de là des lésions osseuses plus accentuées (hypertrophie, atrophie, déformations).

La *voie centrifuge* ne semble pas suivre les nerfs mixtes, car leur section ne produit que peu de troubles, comme on l'a vu ; son chemin serait : les racines postérieures des paires rachi-

diennes (Morat, Bonne), puis probablement le système sympathique, comme semblent l'indiquer quelques observations de M. Jaboulay (guérison de certaines artropathies et de maux perforants par action sur le sympathique).

Quant aux *centres*, ils sont vraisemblablement dans la substance grise de la moelle, sans qu'on puisse encore décider si c'est dans la substance grise péri-épendymaire (Curcio) ou dans les cellules radiculaires postérieures qui donnent les filets centrifuges des racines postérieures.

TÊTE ET ORGANES DES SENS

Anévrisme artério-veineux de l'orbite.

Société de Médecine de Lyon, 5 février 1894. — *Lyon Médical*, 1894, t. I, p. 232.

Iritis guérie par un érysipèle.

Société des Sciences médicales de Lyon, janvier 1894. — *Lyon Médical*, 1894, p. 301.

Tumeur cérébrale. Signes de compression. Trépanation rachidienne palliative.

Société des Sciences médicales, novembre 1896.

Une femme présentait des symptômes de tumeur cérébrale : céphalalgie, anosmie, névrite optique ; aucun symptôme de localisation. Les signes ci-dessus indiquant une forte compression intra-cranienne, M. Jaboulay tenta d'obtenir la décompression en pratiquant une trépanation rachidienne. La malade mourut quinze jours après.

A l'autopsie, nous trouvâmes de la méningite spinale suppurée. Au niveau du cerveau, existait une tumeur du volume d'une grosse noix, située dans la substance corticale au niveau du lobe pariétal gauche. Cette tumeur aurait pu être enlevée facilement, car elle était énucléable. Malheureusement, l'absence de signes

de localisation explicable parce que la tumeur siégeait en dehors des zones motrices, et l'existence de la névrite olfactive et optique avaient fait penser à une tumeur inopérable de la base.

Deux cas de cornes de la face.

Soc. de médecine de Lyon, 26 avril 1897.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un kératome de la lèvre inférieure, à évolution lente; dans le deuxième cas, chez une femme de quatre-vingt-trois ans, la tumeur ramollie à sa base, entamée d'une zone proliférante, indiquait une évolution épithéliomateuse à marche rapide. Le traitement fut l'ablation large parfaitement supportée par la malade malgré son grand âge.

Quelques cas d'exophtalmie pulsatile.

Province Médicale, nos du 10-17 avril 1898.

J'ai eu l'occasion d'observer, dans le service d'ophtalmologie du professeur Gayet, deux cas d'exophtalmie pulsatile. L'un d'eux est extrêmement intéressant par son étiologie et les difficultés du diagnostic.

Il s'agissait d'une femme de soixante ans qui avait fait une chute, l'orbite gauche portant sur une caisse; trois mois après paraissait, au niveau de la partie externe de cet orbite, une tumeur pulsatile du volume d'une noix, donnant lieu à tous les symptômes habituels de l'anévrisme artério-veineux. Cette femme portait en outre un goitre assez volumineux et deux autres petites tumeurs craniennes au niveau du lambda et au sommet de la suture interpariétale. Ces tumeurs étaient également animées de battements.

Tous les symptômes augmentèrent rapidement d'intensité, la

malade présentant des accès de suffocation fut envoyée dans un service de chirurgie. M. Jaboulay pratiqua une exothyropexie et, fait curieux, immédiatement après, les tumeurs secondaires se flétrirent et s'affaissèrent. Mais la mort survint le surlendemain de l'opération et à l'autopsie on trouva des noyaux de métastase goitreuse, des ganglions envahis par la généralisation. Le syndrome exophtalmie pulsatile était dû à un de ces noyaux, vasculaire comme le goitre lui-même.

Nous avons groupé avec ces deux cas les trois autres observés dans la clinique ophtalmologique. Nous en tirons les conclusions suivantes :

La guérison spontanée peut se rencontrer au cours d'un anévrisme artério-veineux de l'orbite. Elle paraît liée à des phénomènes inflammatoires, conduisant à l'endophlébite oblitérante du sinus ou de la veine ophtalmique.

La ligature de la carotide paraît être le seul traitement réellement efficace de cette affection. Mais elle ne devra jamais être faite d'une manière précoce, sauf indications spéciales, comme le développement très rapide de l'anévrisme.

Les moyens de douceur (compression digitale de la carotide, application de glace) laissent le temps à la guérison spontanée de se produire et la favorisent probablement.

Une variété pathogénique des paralysies du moteur oculaire commun consécutives aux traumatismes craniens. Compression par épanchement sanguin. (En collaboration avec M. Durand, professeur agrégé.)

Archives provinciales de Chirurgie, mars 1901.

Ayant eu l'occasion d'observer un fait de paralysie bilatérale du moteur oculaire commun, chez une petite fille de huit ans qui était tombée sur la tête, nous avons cherché à en élucider le mécanisme. Le mode de début, après un intervalle libre de plusieurs heures, la fugacité des accidents indiquaient un épan-

chement sanguin post-traumatique; mais quels en étaient le siège et l'origine? Il ne pouvait s'agir de fracture, car la bilatéralité de la paralysie eût nécessité une fracture très étendue de la base, hors de proportion avec les symptômes observés.

Nous basant sur les faits expérimentaux de Duret, sur les observations cliniques publiées sur cette question, nous avons admis un épanchement sous-arachnoïdien. Nous croyons que ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. le professeur Panas qui admet que les paralysies du moteur oculaire commun s'observent sur les sujets âgés de moins de dix ans, en dehors de toute fracture du crâne.

Si les fractures de la pointe du rocher restent la grande cause des paralysies post-traumatiques du moteur oculaire externe, il faut donc faire une large part à la compression hémorragique dans l'étiologie de celles du moteur oculaire commun; ce tronc nerveux est séparé du rocher par le sinus pétreux supérieur et, par conséquent, moins exposé aux blessures par les esquilles. Ces faits sont connus des ophtalmologistes, mais les chirurgiens ont gardé trop de tendance à poser l'équation : paralysie des nerfs oculaires après chute sur la tête, fracture du crâne.

Une autre observation également inédite, contenue dans notre mémoire, tend à prouver que les deux mécanismes, lésion d'un nerf par fracture et compression d'un autre nerf par épanchement sanguin peuvent coexister sur le même sujet, donnant lieu à des paralysies dont l'évolution est bien différente pour chacun de ces cas.

Ces notions ont une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic des traumatismes craniens et des accidents qui les accompagnent.

Plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver. — Deux cas avec trajet récurrent intra-cérébral.

Société des Sciences médicales, 20 décembre 1899. — *Lyon Médical*, t. CVII, p. 125.

Dans un cas, la balle pénétrant dans le cerveau au niveau de la scissure de Sylvius droite avait traversé le lobe frontal sans

ouvrir le ventricule pour sortir du côté gauche vers le sommet du lobe frontal, frapper la face interne du crâne et faire un ricochet de 4 centimètres environ, frapper de nouveau la paroi et décrire un nouveau trajet récurrent jusqu'au niveau de la tente du cervelet.

Deuxième cas, trajet récurrent amenant la balle, après une traversée de tout le cerveau, à y pénétrer de nouveau et à aller se perdre dans la corne postérieure du ventricule latéral.

Ces observations, d'accord avec l'expérimentation de Delbet et Dagron, montrent l'impossibilité fréquente de l'extirpation des projectiles ayant pénétré dans l'encéphale.

COU ET CORPS THYROIDE

Un cas de cancer du larynx avec propagation à la trachée. — Trachéotomie. — Mort.

Archives provinciales de chirurgie, novembre 1893.

L'intérêt de cette observation réside dans la rapidité d'évolution de la maladie (deux mois après l'apparition des premiers symptômes fonctionnels, la trachée était largement envahie, en même temps que le larynx, l'œsophage, les ganglions carotidiens), dans le mécanisme de la mort survenue par asphyxie deux heures après la trachéotomie. Cette asphyxie reconnaissait plusieurs causes : l'étendue de l'infiltration cancéreuse très bas dans la trachée, l'hémorragie de la surface végétante, une languette de muqueuse flottant dans la lumière du canal et ayant peut-être été détachée par la canule. D'où cette triple indication : employer, dans de tels cas, de très longues canules, des canules à extrémité conique, et, si l'hémorragie menace, des canules-tampons.

Un nouveau procédé du traitement du goitre exophtalmique, la section du sympathique cervical.

Lyon Médical, 26 juillet 1896.

Ce mémoire est le premier travail critique qui ait paru sur cette question; depuis, des communications nombreuses, des contro-

verses même ont attiré l'attention sur ce nouveau traitement de la maladie de Basedow.

Mon travail se basait sur une observation que j'avais été à même de recueillir dans le service de mon maître M. Jaboulay. Une jeune fille, qui présentait tous les signes de basedowisme à un degré très accusé, fut traitée par la section bilatérale du sympathique cervical à sa partie moyenne. Le soir même l'exophtalmie disparaissait complètement ; les jours suivants, le volume du corps thyroïde diminuait rapidement, les palpitations et le tremblement disparaissaient, le cœur qui battait à 160 avant l'opération tombait à 100 pulsations. La guérison s'est maintenue.

Des pareils résultats s'observent-ils par les autres méthodes de traitement? C'est ce que j'examinais dans la seconde partie de mon mémoire.

La thyroïdectomie partielle, l'exothyropexie, la ligature des artères thyroïdiennes, telles sont les autres opérations qu'on a dirigées contre la maladie de Basedow.

La thyroïdectomie présente certainement plus de difficultés, plus de menaces d'hémorragie dans le goitre exophtalmique que dans le goitre ordinaire Certains cas observés par M. Jaboulay, montrent qu'elle semble parfois donner un coup de fouet à l'affection, le reste de la glande se développant rapidement après l'ablation partielle. Nous n'oublions cependant pas qu'elle a pu donner de beaux résultats.

L'exothyropexie est dangereuse dans ces cas, et des morts rapides qu'on tend a attribuer à l'intoxication thyroïdienne par hypersécrétion l'ont prouvé.

La ligature des artères thyroïdiennes, délicate dans ce cas particulier où les vaisseaux sont turgescents et à parois friables, n'est pas entrée dans la pratique, en France tout au moins.

On voit qu'on a le droit de chercher mieux que ces divers procédés ; et la section ou résection partielle du sympathique a, depuis notre publication, justifié ce que nous en disions alors.

Voici quelles étaient nos conclusions :

La section du sympathique cervical n'est dangereuse, ni comme acte opératoire, ni dans ses conséquences.

Elle a une action manifeste sur la triade symptomatique, action nette et durable surtout pour l'exophtalmie.

Elle peut être exécutée concurremment avec les autres interventions, quand celles-ci n'ont pas amélioré l'exophtalmie, et spécialement contre ce dernier symptôme.

A ce titre, et sous certaines réserves que l'avenir seul fera disparaître, nous croyons qu'elle peut être appliquée au traitement du goitre exophtalmique, qu'elle mérite d'être soigneusement étudiée, et nous espérons qu'elle acquerra prochainement le droit de prendre rang parmi les procédés chirurgicaux à mettre en usage contre cette affection.

Une observation de goitre exophtalmique traité par la section du sympathique.

Société de Médecine de Lyon, juillet 1896.

COLONNE VERTÉBRALE

La gibbosité dans le mal de Pott. — Anatomie pathologique. — Traitement.

Thèse de doctorat, Lyon 1897.

Au moment où on préconisait un nouveau traitement du mal de Pott, il nous a paru nécessaire, pour arriver à nous faire une opinion sur ce point, de retourner à l'observation anatomo-pathologique de la gibbosité pottique. Cette étude, pendant laquelle nous marchions sur un terrain déjà admirablement travaillé par nos maîtres, nous a permis cependant de glaner quelques faits nouveaux ou peu connus, et d'appuyer sur une base solide la seconde partie de notre mémoire, revue critique des traitements proposés contre la gibbosité.

I. *Anatomie pathologique*. — Dans nne colonne atteinte de mal de Pott et présentant une coudure, la cause de cette coudure réside, comme on sait, dans la destruction plus ou moins étendue des corps vertébraux. Le canal médullaire n'est à peu près jamais rétréci; il nous a semblé parfois élargi ; il est souvent en communication avec le foyer tuberculeux par destruction de sa paroi antérieure. Les trous de conjugaison sont généralement élargis. Les lames postérieures augmentent de hauteur, fait connexe avec le précédent.

Les apophyses épineuses présentent deux sortes d'altération ; déjettement en bas ou plutôt incurvation arrivant parfois à une

imbrication complète ; atrophie et aplatissement des apophyses épineuses au-dessous de la bosse.

La gibbosité peut amener, plus souvent qu'on ne l'a dit, des troubles médullaires, non par compression résultant du rétrécissement du canal, mais par inflexion de la moelle qui se ramollit



Fig. 5 — Vertèbres lombaires réunies par soudure osseuse directe. Ankylose osseuse des lames vertébrales. Elargissement du canal et des trous de conjugaison. Les deux vertèbres les plus inférieures sont complètement fusionnées.

au contact de l'arête sur laquelle elle repose et peut même parfois se laisser entamer.

11. *Physiologie pathologique.*—On connaît les causes de flexion de la colonne dans le mal de Pott. Ces causes peuvent ne pas être suffisantes même avec pertes de substances étendues de la colonne. Les arcs postérieurs, dans ce cas, suffisent à maintenir le rachis en bonne position. Bonnet avait déjà mis ce fait en évidence.

Nos expériences sur le cadavre nous ont montré qu'il ne suffit pas de supprimer un, deux, trois corps vertébraux même pour obtenir la gibbosité. Il faut encore ou faire exécuter une flexion forcée du tronc en avant, en développant une force assez considérable, ou bien donner un coup violent sur les épaules du sujet, de façon à luxer les articulations latérales.



Fig. 6. — Perte de substance de deux vertèbres lombaires. Déviation latérale.

Ces faits sont importants au point de vue des mécanismes de guérison du mal de Pott sans gibbosité.

III. *Processus de guérison.* — La lésion vertébrale guérit et la bosse s'ankylose : 1° par cal intermédiaire des corps en contact ou très rapprochés ; 2° par des jetées périostiques latérales, assez faibles et assez rares ; 3° par soudure des arcs postérieurs. Lorsque les corps qui limitent la lésion restent écartés, les arcs postérieurs sont ordinairement seuls à soutenir la colonne par leur ankylose.

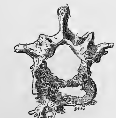




Fig. 7. — Montrant vu d'en haut et de profil, une perte de substance et des productions de néo-ossification.

L'ankylose se fait d'une façon souvent précoce au niveau de ces arcs postérieurs, par ossification des ligaments. Les apo-

physes articulaires, les lames, les apophyses épineuses se soudent ainsi et finissent par former un bloc solide.

Il ne se fait jamais un dépôt de substance osseuse suffisant pour combler un espace même faible entre deux corps vertébraux. C'est, du moins, ce qui ressort de nos examens de pièces et des observations de tous les auteurs qui ont écrit sur le mal de Pott.

IV. *Traitement.* — Dans cette seconde partie de notre travail, nous avons passé en revue les divers traitements préconisés récemment pour les gibbosités pottiques. Pour les apprécier, nous avons pu nous baser sur des observations de malades que nous avons suivis dans le service de M. Vincent, chirurgien de la Charité. Nous avons aussi pratiqué des expériences cadavériques. Une seule a été exposée dans notre mémoire, les autres n'ayant pu être faites, faute de sujets, qu'après la soutenance de notre thèse.

D'après nos observations, le redressement est possible dans tous les cas non ankylosés. Il est impossible, sans intervention sanglante ou violences dangereuses dans les cas d'ankylose.

Nous n'avons pas observé d'accidents d'anesthésie ; une seule fois, nous avons eu un peu de trépidation épileptoïde, indiquant une excitation médullaire qui s'est dissipée en peu de temps.

Sur dix observations, nous avons eu trois fois des résultats absolument nuls (gibbosités ankylosées).

Deux fois, nous avons assisté à un redressement très faible, presque nul ; quatre fois à un redressement immédiat assez marqué ; une seule fois à une réduction presque parfaite. Dans la grande majorité des cas où l'on a eu un bon résultat immédiat, la gibbosité était relativement peu diminuée elle-même, et ce que l'on produisait, c'était une exagération des courbures compensatrices, surtout une lordose lombaire que nous avons notée plusieurs fois et qui ne contribue pas peu à changer l'aspect de la difformité.

Nous avons enregistré deux morts : l'une quinze jours, l'autre cinq semaines après l'opération. Ces décès ont été causés par de la généralisation tuberculeuse aux poumons (broncho-pneumonie).

Ce traitement présente des dangers en raison des complications possibles du côté : des abcès, des gros vaisseaux, de la moelle, de la généralisation tuberculeuse. La broncho-pneumonie a été plusieurs fois signalée. Une de nos expériences nous a donné une fracture de la colonne, une autre la déchirure d'un abcès avec épanchement du pus dans la plèvre. Des accidents de ce genre ont depuis été publiés de divers côtés.

Nous croyons donc que, à part certains cas particuliers, on devra préférer le traitement du mal de Pott par l'immobilisation, aussi précoce que possible, dans une grande gouttière ; on prolongera ce traitement aussi longtemps que la douleur indiquera l'existence d'un foyer en évolution. On insistera sur les détails d'hygiène : massage, frictions, propreté, alimentation, existence au grand air ou au bord de la mer, toutes les fois que cela sera possible. Par le décubitus dorsal, on évitera souvent la formation des gibbosités ; on pourra lutter contre la tendance à l'incurvation du rachis par l'extension continue et par l'application de rondelles de molleton de plus en plus épaisses sous la bosse en train de se former.

Par ces moyens, on aura de bons résultats, mais il faut bien le dire, là, comme dans les autres tuberculoses, le pronostic dépendra longtemps encore de l'état social du patient qui peut ou ne peut pas se soigner.

Le redressement pourra être utilisé, comme cela a été fait depuis longtemps déjà, dans les cas assez rares où une paralysie survenue brusquement en même temps que la courbure du rachis, indiquerait qu'il s'est produit une compression médullaire par luxation pathologique.

CHIRURGIE ABDOMINALE

Appendicite à répétition traitée par la résection.

Soc. des Sciences médicales de Lyon, mai 1896.

Cette observation tire son intérêt des récentes théories émises pour expliquer la pathogénie de l'appendicite. Un malade de dix-neuf ans, atteint depuis trois mois de crises successives d'appendicite non améliorées par le traitement médical, fut traité par la laparotomie et la résection de l'appendice. On trouva dans le péritoine un peu de liquide citrin : l'appendice était turgide et fixé au cæcum par des adhérences. Il ne présentait cependant, quoiqu'enlevé en pleine poussée aiguë, ni rétrécissement, ni calcul, ce qui est en opposition complète avec la théorie de la cavité close formulée par le professeur Dieulafoy.

Nous avons à cette occasion fait des recherches à l'amphithéâtre et rencontré plusieurs appendices contenant des calculs stercoraux qui n'avaient provoqué aucun accident.

Dystocie par fibrome utérin. — Opération de Porro. — Extirpation de la tumeur.

Soc. des Sciences médicales, avril 1896.

Obstruction intestinale par coudure coïncidant avec un étranglement herniaire. (En collaboration avec M. Chandelux, agrégé.)

Archives provinciales de chirurgie, décembre 1898.

Il s'agit là d'une observation intéressante d'obstruction intestinale double, siégeant d'une part sur une anse grêle étranglée par le collet du sac d'une hernie inguinale, d'autre part sur une anse du gros intestin (S iliaque). La hernie fut traitée par la kélotomie, sans qu'on s'aperçût de la seconde obstruction, d'où résulta la mort du malade. L'autopsie montra que l'S iliaque était disposée en forme de canon de fusil double, les deux parties maintenues par des adhérences anciennes. C'était là l'anse habituellement herniée; l'issue brusque d'une anse grêle allant occuper la hernie avait refoulé en haut l'anse en canon de fusil, d'où coudure et obstruction.

Cette observation est un argument de plus en faveur de la laparotomie secondaire pour occlusion post-opératoire.

Une variète d'appendicite à forme neoplasique. (En collaboration avec Carle.)

Archives provinciales de chirurgie, août 1899.

Un certain nombre d'affections de la région cæcale peuvent présenter une allure clinique néoplasique; sans parler des tumeurs véritables, citons la tuberculose, l'actinomycose et ces formes d'appendicites à marche chronique qui ont fait l'objet de la thèse de Fabre (Paris, 1898). Le cas que nous rapportons ne rentre dans aucune de ces catégories; l'examen bactériologique et histologique nous a montré qu'il s'agissait d'une sorte de

papillome extériorisé, semblant appendu à la face externe du cæcum comme le véritable appendice ; la structure était celle de l'intestin normal mais renversée, absolument comparable à celle d'un prolapsus rectal.

Cherchant la pathogénie de cette lésion non encore signalée, nous nous demandons si elle n'est pas comparable à celle de l'adénome diverticulaire de l'ombilic, décrit par Lannelongue et Frémont, Chandelux : le glissement et la prolifération de la muqueuse au niveau de la section de l'appendice.

Nous concluons en insistant sur la nécessité de ne pas classer hâtivement sous l'étiquette bacillaire ces inflammations chroniques du cæcum à tendance hypertrophiante qui sont encore assez mal connues, comme on l'a remarqué à la Société de chirurgie, en 1899.

Actinomycose iléo-cæcale.

Société des Sciences médicales, juin 1899. — *Lyon Médical*, t. XCI, p. 523.

Observation typique de cette affection rare, fistules, tumeurs inflammatoires occupant toute la fosse iliaque droite, la région lombaire, le pli inguinal.

Nous avons incisé largement les abcès, curetté et cautérisé les foyers, administré l'iodure de potassium en lavages des plaies et à l'intérieur. Nous avons pu présenter le malade très amélioré à la Société.

Mais les lésions ont repris leur développement après la sortie du malade et nous avons appris sa mort survenue dix-huit mois après.

Appendicite à marche torpide. Résection de l'appendice.
(Présentation avec Varay, interne.)

Société des Sciences médicales, 8 novembre 1899.

Exclusion de l'intestin pour anus contre nature d'origine tuberculeuse.

Société de Chirurgie de Lyon, mai 1900.

Nous avons pratiqué cette opération chez une malade qui portait un anus contre nature lombaire ayant succédé à l'ouverture d'un abcès froid de cette région. Une tentative faite par voie lombaire ayant échoué, nous pratiquâmes la laparotomie et l'iléo-colostomie, en faisant une large anastomose par le procédé de la suture. Cette intervention n'ayant pas atteint complètement son but, une seconde laparotomie nous permit de faire l'exclusion en fermant en cul-de-sac les quatre bouts d'intestin résultant de la section du côlon en amont et de l'iléon en aval de l'anastomose. Dès le lendemain, les matières passent en totalité par l'anus normal; les anciennes fistules lombaires ne laissent plus écouler que quelques gouttes provenant de la sécrétion de la portion d'intestin exclue évaluée à environ 1 m 50. La malade a pris 3 kilogrammes, elle a repris ses occupations de ménagère et se déclare très satisfaite.

Dans ce cas, l'extirpation totale était absolument contre-indiquée par la faiblesse de la malade.

Cette opération est la deuxième exclusion pratiquée en France, la première appartenant à M. le professeur Terrier dont nous ne connaissions pas à ce moment l'intervention.

Cancer de la vésicule biliaire.

Société des Sciences médicales, séances du 4 juillet et du 11 juillet 1898. — *Lyon Médical*, p. 412 et 443.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Des migrations dans la vessie et dans l'urètre des séquestres inflammatoires d'origine pelvienne.

Archives provinciales de chirurgie, octobre 1895.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Pollosson, un jeune homme de dix-huit ans, qui avait été atteint dans son enfance d'une affection ostéo-articulaire de la hanche; cette articulation était restée ankylosée. A diverses reprises, ce malade avait présenté des symptômes de calcul vésical; finalement il avait eu des phénomènes d'obstruction urétrale avec rétention et infiltration d'urine. L'opération permit d'extraire un calcul dont le noyau était formé par un fragment osseux.

Cette curieuse observation nous a donné l'idée de rechercher dans la littérature les cas de ce genre. Nous en avons trouvé une quinzaine analogues au nôtre; on en a publié tout récemment un nouveau.

Nous avons ajouté à ces observations une autre qu'a bien voulu nous communiquer M. Jaboulay avec les pièces anatomiques sur lesquelles nous avons pu étudier le mécanisme de ce passage des séquestres dans la vessie. Sur cette pièce on voyait des os creusés en terrier de lapin par des fistules se dirigeant en tous sens, l'urine traversait ces fistules, et le malade d'où provenaient ces pièces avait pendant plusieurs mois uriné par son grand trochanter.

Ceci montre bien quelles larges communications peuvent s'établir entre la vessie et les foyers de lésions osseuses.

Chez l'homme, la pénétration du séquestre dans l'urètre donne naissance à un certain nombre de complications qui nécessitent le plus souvent une intervention.

Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur.

Lyon Médical, avril 1897.

Dans ce travail, nous avons encore eu l'honneur de faire connaître et d'étudier une opération absolument nouvelle, imaginée par notre maître M. Jaboulay, pour le traitement de certaines variétés d'hydronéphroses.

Cette méthode fut employée pour traiter une femme de cinquante-sept ans qui portait une poche rénale datant de vingt ans et ayant acquis les dimensions d'une tête de fœtus à terme, mais complètement mobile.

Après incision lombaire, puis incision de la poche, l'opérateur va chercher le fond de celle ci, et l'attire à l'extérieur comme on retourne une poche d'habit. On laissa les choses en cet état et on appliqua un pansement antiseptique par dessus.

Les avantages que nous faisions valoir en faveur de ce procédé sont les suivants :

1° Simplicité de l'opération, évitant la pédiculisation et la pose de la ligature souvent laborieuse ;

2° Aucune chance d'infection, puisque par le retournement on supprime toute cavité susceptible de recéler des germes et de donner lieu à des suppurations souvent longues ;

3° Minimum de shock; on n'a pas à craindre ces accidents réflexes pouvant produire l'anurie souvent signalée comme complication des interventions sur le rein ;

4° Conservation de la fonction glandulaire interne du rein ;

5° Possibilité et facilité de manœuvre de cathétérisme si on reconnaît l'origine calculeuse, bien rare, il est vrai, de l'hydronéphrose.

A



B

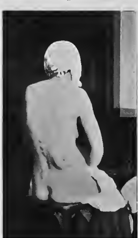


Fig. 8. — Hydronéphrose traitée par le retournement de la poche.
A, Immédiatement après l'opération. B, Six mois après.

Nous reconnaissons pourtant un certain nombre d'inconvénients : longueur de la cicatrisation, suppression complète de la fonction urinaire, ce qui ferait préférer la néphrotomie si on savait l'autre rein malade.

Ce procédé, aboutissant à la suppression de l'organe, équivaut en réalité à une néphrectomie ; mais elle a, sur cette dernière opération, l'avantage d'être lente, facile à pratiquer, bénigne au

point de vue du shock et de l'hémorragie. Elle a sur la néphrotomie, cette grosse supériorité de ne pas laisser de fistules à sa suite.

En résumé ce procédé s'adresse aux cas de poche déjà volumineuse, mobile dans l'abdomen, complètement fermée, l'autre rein étant sain. Ces cas sont loin d'être exceptionnels.

Le traitement de l'hydronéphrose par le retournement de la poche à l'extérieur. — Résultats éloignés.

Lyon Médical, décembre 1897.

Nous rapportons le résultat éloigné de l'opération relatée dans notre premier mémoire. Ce résultat est excellent ; notre malade ne présente plus au niveau de la région lombaire opérée encore qu'une cicatrice un peu rouge, et une certaine faiblesse de la paroi abdominale en ce point. Quand elle tousse, on voit se produire une saillie qu'on peut saisir entre les doigts et qui représente ce qui reste du rein atrophié.

Note sur l'Anurie de sécrétion post-traumatique

Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 19 mars 1899

A la suite d'un traumatisme, la sécrétion rénale peut être suspendue par plusieurs mécanismes. La théorie réflexe, prouvée par les expériences de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, par les faits cliniques (Verneuil, Nepveu, Cérou, Merklen) admet l'excitation à distance du grand splanchnique et des vaso-constricteurs des reins. Cette anurie est rarement complète, elle est de courte durée et peut même être remplacée par de la polyurie comme dans un cas que nous avons observé.

Une autre variété d'anurie de sécrétion frappe à l'occasion d'un traumatisme, d'une manœuvre opératoire, des reins altérés par des lésions infectieuses ou mécaniques déjà anciennes (Guyon, Malherbe, etc.). Elle survient alors immédiatement après le traumatisme et représente ainsi un trouble réflexe sur le système nerveux d'une glande prédisposée.

Dans un cas que nous avons recueilli pendant notre clinicat aucune de ces deux explications n'était valable. Il s'agissait, en effet, d'un homme atteint de fracture du bassin, qui avait uriné d'une façon normale pendant trente-six heures après son accident.

De par cet intervalle libre, il était difficile de se rattacher à l'idée d'un trouble réflexe. L'autopsie nous a montré que les deux uretères, la vessie, étaient le siège d'une infiltration sanguine abondante et nous avons pensé pouvoir rattacher l'anurie à la compression des ganglions nerveux péri-uretéraux par le sang épanché. Ce raisonnement s'appuie sur les faits de compressions nerveuses connues et signalées dans les hématomes rétro-péritonéaux (Tuffier, Bidault, Fargier). Ces compressions peuvent même produire de la parésie et dela dysesthésie dans les membres inférieurs.

Il y a donc place pour une troisième variété d'anurie de sécrétion post-traumatique : l'anurie par action sur les ganglions péri-uretéraux d'un hématome succédant au traumatisme.

Urétrostomie périnéale pour Cancer de l'Urètre

Lyon Médical, avril 1901.

Nous avons pratiqué cette opération palliative qui n'avait pas été utilisée encore, croyons-nous, chez un malade atteint de cancer de l'urètre. Le néoplasme siégeait sur la partie pénienne du canal, ayant détruit toute la portion balanique ; l'œdème unilatéral du membre inférieur droit nous avait permis de diagnostiquer une compression des vaisseaux iliaques par un ganglion dégé-

néré. Toute opération radicale était contre-indiquée; une dérivation des urines était au contraire nécessaire pour diminuer l'irritation de la tumeur, assurer la fonction urinaire, éviter les inconvénients du suintement sur la peau qui avait causé un érythème et des excoriations.

Le malade n'a survécu que quinze jours, et l'autopsie nous a montré une généralisation viscérale que nous n'avions pu reconnaître pendant la vie. Il n'y avait aucune complication urinaire, pas d'infection.

Cette opération nous paraît très indiquée dans des cas semblables, mais il faudrait la faire plus précocement.

MEMBRES

Un nouveau cas de désarticulation interilio-abdominale.

Province médicale, 24 août 1895.

Cette opération, l'homologue de la désarticulation interscapulo-thoracique, n'a été jusqu'à présent pratiquée qu'un petit nombre de fois en présence de cas désespérés de tumeurs malignes à cheval sur le bassin et sur la cuisse ou d'ostéite tuberculeuse généralisée à tout l'os iliaque et à l'extrémité supérieure du fémur. Elle fut pratiquée pour la première fois par M. Jaboulay au mois d'avril 1894, puis la même année par le professeur Caccioppoli de Naples. C'est le troisième cas que nous avons eu l'occasion d'observer pendant notre internat chez M. Jaboulay. Comme les deux précédents il s'est terminé par la mort.

Il s'agissait d'un homme de soixante-six ans, déjà opéré une première fois par M. le professeur Pollosson pour un sarcome de la racine de la cuisse. Cette opération fut forcément incomplète, la tumeur ayant poussé des prolongements dans le bassin. Des hémorragies graves s'étant déclarées et le malade étant fatalement voué à une mort rapide. M. Jaboulay tenta l'ultime ressource de la désarticulation interilio-abdominale.

Le malade se releva du shock et mourut trente-six heures après l'opération avec de la température (39°6) et de l'infection de sa plaie.

On peut donc supposer qu'en se mettant à l'abri de l'infection on pourrait en pareil cas avoir quelques chances de survie Ces chances sont peu nombreuses, mais il est important de faire remarquer que les malades pour lesquels cette opération est indiquée sont fatalement voués à la mort dans un bref délai.

Du reste il y a maintenant un succès à mettre à l'actif de la désarticulation interilio-abdominale. C'est celui qu'a rapporté Girard (de Berne) au Congrès de chirurgie de 1895 sous le nom d'amputation inter-pelvienne ou supra-iliaque. Il la pratiqua, il est vrai, en deux temps : désarticulation de la cuisse, puis dix mois après, désarticulation de l'os iliaque.

Broiement de l'avant-bras. Conservation du membre.

Société des Sciences médicales de Lyon, mai 1896.

Un succès de la chirurgie conservatrice.

Province médicale, juin 1896.

Le cas dont il est ici question est un sérieux argument en faveur de ce que l'on pourrait appeler la chirurgie conservatrice à outrance. Un mécanicien avait eu l'avant-bras pris dans une courroie de transmission; le membre paraissait complètement broyé, les os étaient en morceaux; on n'arrivait pas à sentir les battements des artères au-dessous de la plaie. La main était refroidie et la sensibilité diminuée. Il n'y avait plus, semblait-il, qu'à régulariser l'amputation déjà aux trois quarts faite. On se décida cependant à la conservation et, six mois après, malgré des péripéties diverses, le membre avait repris sa forme, il y avait un cal presque solide, le malade pouvait exécuter un assez grand nombre de mouvements, prendre et tenir entre ses doigts de petits objets, soulever une chaise de paille à bras tendu, etc. La sensibilité existait entière et partout.

Cette observation vient donc bien à l'appui de la méthode soutenue par Reclus et ses élèves et qui tend à être de plus en plus adoptée : la conservation systématique dans les délabrements les plus graves et les plus étendus.

La main-bote héréditaire.

Gazette des Hôpitaux, mars 1901.

La main-bote congénitale est le résultat ordinaire de l'absence d'une partie du squelette de l'avant-bras. On observe parfois l'absence totale du radius, parfois il manque seulement l'extré-



Fig. 9 — Radiographie de la mère. Absence du pouce des deux côtés. Absence du radius et main bote à droite.

mité inférieure de cet os, parfois le radius existe, mais il n'y a pas de pouce.

L'hérédité n'avait été notée jusqu'ici que dans une seule observation de Bouvier ; il était donc intéressant de faire connaître ce second cas, d'autant plus que la comparaison de la mère



Fig. 10. — Radiographie de l'enfant. Absence du radius. Squelette de la main vaguement indiqué avec absence du pouce.

avec l'enfant révélait une symétrie et une identité absolue dans la difformité.

Il s'agit évidemment d'un arrêt de développement, car en se reportant à la radiographie de l'avant-bras de l'enfant, on trouve exactement l'aspect que donne une préparation d'embryon de 12 millimètres. La théorie des adhérences amniotiques si souvent invoquée,nous paraît expliquer seulement un très petit nombre des faits publiés.

Un cas de Psoïte suppurée traitée par la trépanation du bassin

Lyon Médical, 4 mars 1900.

Dans ce travail, nous défendons la méthode de drainage qui a été préconisée par MM. Gangolphe et Condamin et qui nous a

paru présenter les avantages suivants : grande facilité d'exécution, ouverture de la collection au point le plus déclive dans le décubitus dorsal, maintien d'un orifice béant pendant un temps suffisant pour permettre l'occlusion d'une vaste cavité.

Nous croyons qu'il faut éviter les lavages dans cette poche dont les parois sont traversées par de gros vaisseaux qu'il faut éviter de traumatiser (dangers de phlébite) et qu'il faut assurer aux malades un repos très complet dans une grande gouttière avec extension continue si c'est nécessaire.

Lyon. — Imp. Pitrat Aîné, A. Rey Succr — 26293